FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1962

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Marie KARI, née GRIGORIEFF

Née le 13 Mai 1931, à Paris-14e

Présentée et soutenue publiquement le 9 avril 1962

LA PAROTIDOSE ALLERGIQUE

Président : M. LELONG, Professeur

IMPRIMERIE
R. FOULON & Cie
29, Rue Deparcieux, 29
PARIS — 1962

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1962 **THÈSE** N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Marie KARI, née GRIGORIEFF

Née le 13 Mai 1931, à Paris-14e

Présentée et soutenue publiquement le 9 avril 1962

LA PAROTIDOSE ALLERGIQUE

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Président : M. LELONG, Professeur

IMPRIMERIE
R. FOULON & Cie
29, Rue Deparcieux, 29
PARIS — 1962

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Mouquin (M.), Olivier (E.), Pasteur Valléry-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN : Léon BINET. *Membre de l'Institut*

1er ASSESSEUR : Gaston CORDIER — 2e ASSESSEUR : Paul CASTAIGNE

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) PROFESSEURS TITULAIRES :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.), SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Educat. phys. et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	JOANNON (P.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	N...
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BINET (L.), BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	DOGNON (A.), DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b) PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL :

Biochimie médicale	DESGREZ (P.), POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Pathologie chirurgicale	
Pharmacologie	LÉVY (Mlle J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	Redon (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	Soulié (P.)
Cliniques chirurgicales : *Beaujon* : Lortat-Jacob (J.-L.) — *Cochin* : Léger (L.), Aboulker (P.) — *Hôtel-Dieu* : Patel (J.) — *Pitié* : Cordier (G.) — *Saint-Antoine* : Gosset (J.) — *Salpêtrière* : Sicard (A.) — *Tenon* : Olivier (Cl.).	
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants Malades)	Fèvre (M.)
Clinique chirurgicale orthopéd. et traumat. (Cochin)	Merle d'Aubigné (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais) ..	Gaudart d'Allaines (F. de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec) ..	Mathey (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	Decourt (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades) ..	Lamy (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	Huguier (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilit. (St-Louis)	Degos (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	Cathala (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard) .	Mollaret (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	Delay (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	Hamburger (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	Marchal (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	Castaigne (P.)
Cliniques médicales : *Boucicaut* : Milliez (P.) — *Broussais* : Lenègre (J.) — *Cochin* : Justin-Besançon (L.), Brouet (G.) — *Hôtel-Dieu* : Bariéty (M.) — *Lariboisière* : Sèze (S. de) — *Pitié* : Dreyfus (G.) — *Saint-Antoine* : Kourilsky (R.).	
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat) ..	Debray (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	Gennes (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	Derot (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	David (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	Garcin (R.)
Cliniques obstétricales : *Baudelocque* : Lacomme (M.) — *Foch* (Suresnes) :	Merger (R.).
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal) .	Varangot (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	Renard (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière) . ..	Aubry (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	Lelong (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades) ..	Marie (J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laënnec)	Bernard (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	Michaux (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	Coste (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	Dechaume (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard) ..	Roux (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine) ..	Lemaire (A.)
Clinique toxicologique	Gaultier (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique	Padovani (P.)
Séméiologie médicale	Domart (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales	Poilleux (F.)
Clinique urologique (Necker)	Couvelaire (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	Turpin (R.)

b) Professeurs a titre personnel :

Médecine	Bour (H.), Lhermitte (F.), Pequignot (H.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES

Anatomie :
MM. Cabrol (C.); Couinaud (C.); Gillot (C.); Olivier (G.), *pr. s. ch.*

Anatomie pathologique :
Mlle Gauthier-Villars (P.), *pr. s. ch.* ; MM. Abelanet (R.); Chomette (G.); Gouygou (Ch.), *m. conf.* ; Nezeloff (Ch.) ; Orcel (L.) ; Paillas (J.).

Anesthésiologie :
MM. Kern (E.); Vourc'h (G.).

Bactériologie :
MM. Barbier (P.), *pr. s. ch.* ; Christol (D.); Le Minor (L.); Tournier (P.).

Biochimie médicale :
MM. Baulieu (Et.), *m. conf.* ; Bourillon (R.); Cartier (P.); Dreyfus (J.-Cl.); Gonnard (P.); Kruh (J.); Jerome (H.).

Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports : M. Plas (F.).

Carcinologie :
MM. Boiron (M.); Denoix (P.); Mathé (G.); Seligmann (M.).

Dermato-Syphiligraphie :
MM. Civatte (J.); Duperrat (B).

Electro-Radiologie :
M. Ledoux-Lebard (G.).

Hématologie :
MM. Bessis (M.); Bilski-Pasquier (G.); Dausset (J.); Duhamel (G.).

Histologie :
MM. Coujard (R.), *pr. s. ch.* ; Marois (M.); Racadot (J.).

Hydrologie :
MM. Besançon (F.); Cornet (A.).

Hygiène :
MM. Boyer (J.), *pr. s. ch.* ; Blancher (G.); Mme Corre-Hurst (L.); Sapin-Jaloustre (H.).

Maladies infectieuses :
MM. Bastin (R.), *pr. s. ch.* ; Dupont (V.).

Médecine légale :
MM. Fournier (E.); Gueniot (M.); Hadengue (A.).

Médecine du travail : M. Albahary (C.).

Neuro-chirurgie : M. Pertuiset (B.).

Neurologie : M. Lapresle (J.).

Obstétrique :
MM. Granjon (A.); Hervet (E.); Le Lorier (G.); Levy (J.); Morin (P.); Musset (R.); Robey (M.); Senèze (J.); Sureau (C.); Thoyer-Rozat (J.).

Ophtalmologie :
MM. Brégeat (P.); Dubois (A.); Saraux (H.).

Orthopédie :
MM. Judet (R.); Meary (R.); Postel (M.); Ramadier (J.).

Oto-rhino-Laryngologie :
MM. Debain (J.); Pialoux (P.).

Parasitologie :
MM. Golvan (Y.); Lapierre (J.).

Pathologie chirurgicale :
MM. Barcat (J.); Binet (J.-P.); Cerbonnet (G.); Chatelin (C.-L.); Dubost (Ch.); Dubost (Cl.); Faurel (J.); Flabeau (F.); Garbay (M.); Garnier (H.); Gaudart-d'Allaines (Cl. de); Germain (A.); Lataste (J.); Loygue (J.); Mercadier (M.); Natali (J.); Pellerin (D.); Perrotin (J.); Robert (H.); Thomeret (G.).

Pathologie exotique : M. Schneider (J.).

Pathologie expérimentale :
MM. Benhamou (J.-P.); Berthaux (P.); Boivin (P.); Crosnier (J.); Hartmann (L.); Lœper (J.), *pr. s. ch.* ; Maurice (J.); Mikol (Cl.); Richet (G.).

Pathologie médicale :
MM. Aussannaire (M.); Bouvier (J.); Bouvrain (Y); Bricaire (H.); Brissaud (H.); Brocard (H.); Buge (A.); Catinat (J.); Chrétien (J.); Coblentz (B.); Contamin (F.); Coury (C.); Etienne (J.-P.); Frezal (J.); Fritel (D.); Hennequet (A.); Himbert (J.); Housset (E.); Laroche (Cl.); Lesobre (R.); Lévèque (B.); Macrez (C.); Moreau (L.); Nick (J.); Royer (P.); Tourneur (R.); Wolfromm (R.).

Pédiatrie-Puériculture :
MM. Lafourcade (J.); Lepercq (G.); Mande (R.); Mozziconacci (P.); Polonovski (C.); Rossier (A.); Vialatte (J.).

Pharmacologie :
MM. Boissier (J.); Lechat (P.).

Physiologie :
MM. Barres (G.); Dejours (P.), *pr. s. ch.*; Durand (J.); Girard *m. conf.*; Hugelin (A.); Scherrer (J.).

Physique médicale :
MM. Chanteur (J.); Gougerot (L.), *m. conf., pr. s. ch.*; Gremy (F.), *m. conf.*; Milhaud (G.); Pellerin (P.); Roucayrol (J.-Cl.); Tubiana (M.), *m. conf.*

Pneumo-phtisiologie :
MM. Kreis (B.); Meyer (A.); Renault (P.).

Psychiatrie : M. Pichot (P.).

Psychiatrie infantile :
MM. Deniker (P.); Duche (D.); Flavigny (H.).

Rhumatologie : M. Delbarre (F.).
pr. s. ch.

Stomatologie :
MM. Cernea (P.); Mme Chaput (A.), *m. c. agr.*; M. Grellet (M.).

Thérapeutique :
MM. Chassagne (P.); Marche (J.).

Urologie :
MM. Auvert (J.); Moulonguet (A.); Quenu (L.).

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

Anatomie : M. Debeyre (J.).

Clinique chirurgicale : Verne (J.-M.).

Clinique médicale :
MM. Perrault (M.); Rambert (P.); Thieffry (S.).

Clinique obstétricale :
MM. Grasset (J.); Mayer (M.).

Clinique ophtalmologique :
MM. Desvignes (P.); Offret (G.).

Clinique pédiatrique et puériculture :
M. Laplane (R.).

Clinique psychiatrique : M. Baruk (H.).

Clinique urologique : M. Kuss (R.).

IV. — PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie . . . . . M. Haudurov (P.), *prof. sans chaire*

Pathologie chirurgicale . . . . . M. Rudler (J.), *prof. sans chaire*

V. — CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

M. BOLTANSKI (E.) — M. LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté . . . . M. Lena (J.)

Secrétaire principal . . . . . Mlle Chaintreuil (G.)

Conservateur en Chef de la Bibliothèque, Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine . . . . . M. le Docteur Hahn (A.)

Conservateurs . . . . . Mlles Dumaitre (P.), Le Noir (G.), Quiévreux (E.)

Bibliothécaire . . . . . Mmes Contet (J.), Forget (F.), Mlle Laurent (H.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41538112_0092

A MON MARI

Trop tôt disparu.
Avec tout mon amour.

A MES ENFANTS

ANNETTE, CHRISTINE et CLAIRE

A MES PARENTS

En témoignage d'affection.

A Monsieur le Professeur LELONG

Professeur de la Chaire de Clinique de Puériculture
à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin des Hôpitaux
Commandeur de la Légion d'Honneur

Qui a bien voulu accepter de présider cette thèse.

Avec mes sentiments respectueux.

A Monsieur le Docteur ELIACHAR

Médecin-Chef du Service de Pédiatrie
de l'Hôpital Intercommunal d'Aulnay

Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse.

Témoignage de respectueuse reconnaissance.

INTRODUCTION

Chez l'enfant, entre :

1° D'une part, les *oreillons,* qui dominent sa pathologie parotidienne;

2° D'autre part, *certaines affections rares de la parotide* telles que :

— la parotidite suppurée du nouveau-né;

— les parotidites critiques ou terminales des maladies infectieuses ou générales;

— les tumeurs ou lithiases parotidiennes;

vient se placer la *parotidose allergique,* assez fréquente, surtout si, comme nous le verrons plus loin, nous envisageons certaines des « parotidites inflammatoires ou infectieuses récidivantes », décrites depuis quelques années comme des formes cliniques de surinfection.

Il n'existe qu'une observation française de parotidose allergique, celle, très particulière, de MOURIQUAND qui rapporte le cas d'un enfant atteint de tétanos chez lequel une parotidite apparaît, trente-six heures après la première injection de sérum, en même temps que se localisent autour des points d'injection des plaques d'érythème de couleur mauve-lilas, légèrement surélevées et douloureuses à la pression et que, dans les quarante-huit heures suivantes, se disséminent sur toute la surface du corps des plaques urticariennes accompagnées d'un prurit violent. L'arrêt du sérum et l'administration d'antergan entraînent la disparition des phénomènes anaphylactiques locaux et généraux et de la parotidite. Celle-ci apparaît ainsi

parfaitement contemporaine des accidents sériques avec une soudaineté de début et de terminaison très caractéristique de sa nature allergique.

Nous nous proposons de rapporter deux observations du Docteur ELIACHAR.

Leur étude n'est pas aussi complète que nous l'aurions désirée du fait du refus des familles de pratiquer des explorations complémentaires.

Elles sont cependant suffisamment explicites, à la fois :

— par leur rapprochement;

— par les répétitions des fluxions parotidiennes;

— par l'effet thérapeutique des antihistaminiques de synthèse et surtout de la cortisone;

pour justifier le diagnostic de parotidose allergique.

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° 1

L'enfant La... Pierre, âgé de neuf ans, présente :

— Le *5 avril 1960,* une fluxion parotidienne droite qui disparaît spontanément.

— Le *21 avril 1960,* elle réapparaît, identique. Le médecin de l'enfant, le Docteur VALMAN, présente alors celui-ci au Docteur ELIACHAR.

A l'examen : la région parotidienne droite est le siège d'une importante tuméfaction au niveau de laquelle la peau n'est pas modifiée et qui se révèle indolore et apyrétique à la palpation. L'ouverture de la bouche montre un orifice du canal de Sténon d'aspect normal, aucune goutte de pus n'y apparaît par pression de la parotide. L'enfant ne présente ni fièvre, ni altération de l'état général.

L'interrogatoire découvre l'existence de plusieurs poussées d'urticaire chez le jeune garçon et chez sa sœur.

L'hémogramme pratiqué indique :

— 3.970.000 globules rouges;

— 6.100 globules blancs;

dont :

— 52 % de polynucléaires neutrophiles;

— 12 % de polynucléaires éosinophiles;

— 32 % de lymphocytes;

— 4 % de monocytes;

avec absence d'éléments anormaux.

La radiographie de la région parotidienne et du canal de Sténon ne montre aucun calcul.

On prescrit alors à l'enfant un traitement par le sirop de phénergan, et l'on voit la fluxion disparaître en deux à trois jours.

Elle réapparaîtra pour la troisième fois en mai. Il n'y a pas eu jusqu'à ce jour d'autre poussée.

OBSERVATION N° 2

L'enfant Des... Gérard, né en mars 1955, a présenté :

— En *avril 1958* : une tuméfaction parotidienne unilatérale qui a été diagnostiquée « oreillons ».

— Le *30 décembre 1960 :* une nouvelle fluxion parotidienne droite apparaît.

La mère signale, qu'une semaine auparavant, l'enfant a reçu une boule de bois dans la région du maxillaire inférieur.

Cette tuméfaction parotidienne est spontanément indolore et ne s'accompagne d'aucune élévation thermique.

Le jeune Gérard est alors examiné par son médecin, le Docteur LOMBARD, qui constate le caractère saillant de la glande avec son prolongement massétérin du volume d'un gros crayon, note l'aspect normal de la peau qui la recouvre et découvre l'existence d'une légère douleur à la pression, identique à celle que l'enfant déclare ressentir à la mastication. L'orifice du canal de Sténon est normal, la pression de la glande n'y fait pas sourdre de pus.

— Le *20 janvier,* soit trois semaines plus tard, l'enfant est présenté au Docteur ELIACHAR. La tuméfaction persiste, identique; l'enfant est toujours apyrétique.

On pratique :

1) *Une radiographie de la région parotidienne* qui ne montre aucun calcul.

2) *Un hémogramme* qui indique :

— 4.420.000 globules rouges;

— 10.200 globules blancs;

dont :

— 47 % de polynucléaires neutrophiles;

— 6 % *de polynucléaires éosinophiles;*

— 36 % de lymphocytes;
— 4 % de moyens monocytes;
— 7 % de monocytes.

L'existence d'une *éosinophilie sanguine* chez un enfant *apyrétique* présentant une *tuméfaction parotidienne indolore* rappelle l'observation précédente et conduit à l'administration à partir du 25 janvier et sous couvert de pénicilline, de 30 mg de delta-cortisone.

L'effet thérapeutique est spectaculaire. La fluxion disparaît complètement en trente-six heures.

Trois semaines plus tard, le *14 février,* alors qu'il persiste encore une légère tuméfaction de la région parotidienne, en particulier au niveau du prolongement massétérin, un nouvel hémogramme révèle une *éosinophilie à 10 %.*

L'absence de parasites dans les selles est vérifiée.

L'interrogatoire, orienté, permet de retrouver des manifestations allergiques chez plusieurs membres de la famille :

— asthme et eczéma chez le grand-père maternel;
— rhinopharyngites fréquentes avec hydrorrhée chez la mère ;
— poussées de prurigo chez deux sœurs dans leur petite enfance.

Une *enquête allergologique* est alors pratiquée par le Docteur SCLAFER. Elle n'a pu malheureusement être complète en raison de l'opposition des parents. Elle a fourni néanmoins des résultats intéressants.

L'interrogatoire n'orientant pas la recherche d'une étiologie allergique, les premiers tests ont été pratiqués avec des pneumallergènes — on a observé une légère réaction pour la poussière et pour les plumes (seuil au 1/5.000e). On a alors pratiqué une injection sous-cutanée de 0,25 cm^3 de la solution de poussière au 1/5.000e.

Cette injection a provoqué une assez nette réaction locale et, le soir même, une tuméfaction parotidienne droite très douloureuse est apparue qui a duré jusqu'au lendemain, puis a disparu progressivement.

Les deux semaines suivantes, l'enfant a reçu deux injections à doses moins élevées de poussière et, à la suite de celles-ci, il n'a été constaté aucun changement de l'état clinique.

> « Il n'est pas possible d'affirmer que l'injection d'une dose volontairement forte d'allergène de poussière ait provoqué une poussée — mais le fait est possible et il est regrettable qu'on n'ait pu le vérifier. » (SCLAFER.)

HISTORIQUE

— I —

— Si MARTIN D'OFFIGNY signale dans sa thèse la possibilité d' « engorgements froids » de la parotide sans signes d'inflammation.

— C'est en réalité avec KUSSMAUL, en 1879, que débute l'histoire de la parotidose allergique par son observation de sialodochite fibrineuse avec expulsion périodique de bouchons fibrineux et découverte dans le mucus du malade du canal parotidien des cristaux de Charcot-Leyden.

— En 1872, TILLAUX rapporte une observation de parotidose à rechutes à résolution spontanée et rapide.

— Six ans plus tard, CLAISSE observe une tuméfaction parotidienne survenant après l'ingestion d'oranges — il la dénomme « hydroparotidite intermittente ».

— Puis VON REUSS, en 1909, signale chez une jeune fille de seize ans, l'existence de fluxions parotidiennes s'accompagnant d'éosinophilie sanguine et rythmées par les règles.

Depuis ces premières observations, le nombre de cas rapportés s'est augmenté.

— VOGELER, en 1922, souligne l'analogie entre fluxion parotidienne et crise d'asthme à propos d'une observation avec 11 % d'éosinophiles dans le sang.

— BURTON-FANNING, en 1925, décrit le cas d'un homme de soixante-deux ans, dont les poussées parotidiennes s'accompagnent d'éternuements et de sécheresse de la bouche.

— Meyer, en 1934, rapporte une observation de parotidose familiale — des tuméfactions parotidiennes analogues étant retrouvées chez la mère et la grand-mère maternelle de l'enfant examiné. Des tests cutanés sont pratiqués chez celui-ci et se révèlent positifs pour l'épinard, le porc et le paprika.

La suppression de ces aliments du régime de l'enfant entraîne la disparition des manifestations parotidiennes.

— Puis vient la très importante étude faite par Pearson, en 1935 et 1936, de 13 cas de parotidose — permettant à cet auteur de constater :

1° *D'une part, la fréquence des manifestations allergiques associées,* relevant la présence :

— d'asthme chez	4	malades
— d'urticaire chez	3	»
— de rhume des foins chez	3	»
— de rhinite spasmodique chez	3	»
— d'eczéma chez	1	»
— de coliques abdominales d'origine allergique chez	1	»

2° *D'autre part, l'existence d'une allergie familiale* dans 6 cas.

— Il faut encore noter la publication faite par Sein, en 1937, d'une observation où la première poussée parotidienne apparaît à l'âge de dix mois, suivie par d'autres à quatorze mois, dix-sept mois et deux ans et demi; des antécédents d'asthme sont retrouvés chez le grand-père paternel, une tante et la sœur du malade.

— Puis Waldbott et Shea, en 1947, rapportent 3 cas de parotidose chez des asthmatiques — le gonflement parotidien apparaissant comme un signe prémonitoire de la crise d'asthme. Les tests cutanés découvrent dans les 3 cas une sensibilité digestive — la surveillance du régime alimentaire et la désensibilisation spécifique amènent la disparition de la parotidose et de l'asthme.

— En 1951, dans une communication au *I^er Congrès International d'Allergie,* PEARSON, à propos de six nouvelles observations de parotidose :

1° Confirme ses précédentes constatations, retrouvant :
- — d'une part, l'association à la parotidose d'asthme chez 4 malades; de rhinite spasmodique ou de rhume des foins chez 5 malades;
- — d'autre part, l'existence d'antécédents familiaux allergiques chez 4 malades.

2° Souligne en plus la présence d'éosinophiles dans le sang (5 malades) et dans la salive — décrivant, à l'examen microscopique de celle-ci, la présence d'amas ressemblant aux spirales de Curschmann.

3° Publie les premiers résultats de biopsie salivaire :
- — absence de fibrose;
- — infiltration du stroma par des éosinophiles;
- — acini et canaux excréteurs normaux.

— Deux années auparavant, LUCHERINI et BECCHI avaient réussi à déclencher chez 8 chiens traités par du sérum hétérogène, une fluxion parotidienne en ajoutant à l'inoculation par voie parentérale, une autre faite à proximité de la glande. Ils avaient constaté à l'examen histologique :
- — un gonflement séreux de l'épithélium glandulaire et de celui des canaux excréteurs;
- — un amincissement du tissu conjonctif par compression entre les saccules dilatés;
- — très rarement un œdème du conjonctif lui-même.

— Enfin SWINNY, en 1953, à l'occasion de la publication d'un cas de parotidose allergique évoluant depuis neuf ans chez une femme de trente et un ans, où il constate la présence de 100 % d'éosinophiles dans le mucus du canal parotidien et de 20 % d'éosinophiles dans le mucus nasal, révèle que le nombre d'observations de parotidose publiées reste encore relativement limité puisqu'il ne peut en rassembler que 26 dans la littérature concernant tant des enfants que des adultes.

— II —

Mais, en réalité, la fréquence de la parotidose allergique doit être plus grande que ne le laisserait prévoir le petit nombre de cas rapportés. Il est vraisemblable que sous le nom d' « hydroparotidite de Claisse et Dupré », de « gonflement intermittent des glandes salivaires de Rousseau », de celui de « parotidites réflexes » ont été décrites un certain nombre de parotidoses allergiques.

Ainsi la malade d'ANDRÉ, atteinte de parotidite réflexe, présentait des antécédents personnels et familiaux d'allergie de la même façon. HENNION et BATAILLE ne classent pas comme allergique une parotidite chronique avec 25 % d'éosinophiles dans le sang.

— III —

La question se pose même de savoir, comme le pensait HEINECKE dès 1913, si un certain pourcentage des parotidites infectieuses récidivantes rapportées dans la littérature ne sont pas en réalité des parotidoses allergiques surinfectées et ceci pour deux ordres de raisons :

1° *D'une part,* on sait maintenant la fréquence avec laquelle les infections rhino-pharyngées à rechutes, les sinusites infectieuses sont des allergies surinfectées de la muqueuse. Un épaississement, un œdème de la muqueuse sinusienne est capable de provoquer une gêne ou un arrêt de la circulation de l'air dans le sinus et une infection en amont de l'orifice disparu, c'est-à-dire une sinusite suppurée — on peut facilement imaginer un mécanisme similaire au niveau du canal de Sténon.

On connaît aussi la difficulté d'infecter expérimentalement une glande salivaire par voie rétrograde si la tentative d'infection n'est pas suivie d'une ligature du canal excréteur. On

explique cette difficulté à la fois par l'action mécanique du flot salivaire et par son action bactéricide, peut-être liée à la présence de lyzozyme.

— En l'absence de malformation canaliculaire, de lithiase, on est obligé d'admettre que les parotides s'infectent par voie extra-canaliculaire. Or, dans leur expérience, citée par BIGLER, BERNDT, BUCK et VON BUXTON provoquent une parotidite chez 7 chiens sur 10 par injection de staphylocoques dorés dans le canal de Sténon, alors qu'ils n'en obtiennent une que chez 3 chiens sur 15 par l'injection dans l'artère parotidienne. On sait, par ailleurs, que les canaux salivaires sont souvent obstrués au cours des parotidoses allergiques. Cette obstruction va faciliter à la fois la déformation et l'infection de ces canaux.

2° *D'autre part,* quand on relit certaines observations de parotidites infectieuses à rechutes, on ne peut manquer de remarquer la relative fréquence avec laquelle une *éosinophilie est signalée.*

— BIGLER, qui dit n'avoir jamais observé de parotidose récidivante d'origine allergique, a rapporté l'observation d'un malade avec 7 % d'éosinophiles dans le sang.

— L'éosinophilie est de 13 et 10 % dans les deux observations d'HALBERTSMA — qui rejette une origine allergique de la parotide sur l'aspect des sialographies, tout en n'expliquant pas l'éosinophilie.

— Celle-ci est de 9, puis 5 % dans l'observation de DEBRÉ et LOEWE-LYON, mais la présence de kystes de lamblias dans les selles permet à ces auteurs d'exclure l'allergie.

Ces arguments sont loin d'être convaincants. Il est sûr en particulier que l'on peut observer des altérations des sialographies au cours des parotidoses allergiques non surinfectées.

Ainsi, pour les 17 cas de parotidose publiés par PEARSON, les sialogrammes ont montré dans la moitié des cas :

— soit une dilatation du canal principal;

— soit une dilatation des canaux terminaux.

Dans d'autres observations, les parotidites infectieuses surviennent chez des malades qui sont manifestement des allergiques : ainsi, le malade de KSEPLER était atteint d'urticaire récidivant.

Aussi la recherche d'une allergie nous semble-t-elle indispensable en présence d'une parotidite à rechutes.

ETUDE CLINIQUE

La parotidose allergique est uni ou bilatérale, les formes unilatérales pouvant être à bascule.

Elle peut s'accompagner de l'atteinte des glandes sous-maxillaires évoluant de la même façon.

• Son début est, en règle, brutal.

La tuméfaction parotidienne apparaît en quelques minutes ou en quelques heures, le plus souvent au cours d'un repas, à l'ingestion d'un aliment déterminé :

— citron, oranges (Claisse) ;
— poisson (Bataille) ;
— tomates, vinaigre (Jones).

• Elle siège en arrière de la branche montante du maxillaire inférieur.

• Elle est de volume variable :

— dans sa forme moyenne, elle comble la gouttière rétro-mandibulaire, fait saillie en avant à la face externe du masséter, soulève le tragus en arrière, déborde en bas l'angle mandibulaire;
— dans les formes importantes, elle s'accompagne d'œdème;
— dans les formes discrètes, elle se limite à l'effacement plus ou moins complet du sillon rétro-mandibulaire.

• La glande est HYPERTROPHIÉE DANS SON ENSEMBLE, sans noyaux. CETTE TUMÉFACTION N'EST PAS INFLAMMATOIRE :

— la peau qui la recouvre est d'aspect normal;

— elle ne s'accompagne d'aucune fièvre, d'aucune douleurs, sauf parfois d'une impression désagréable de tension locale exagérée par la mastication, d'aucune altération de l'état général;

— la pression de la glande ne fait sourdre aucune goutte de pus ou de salive au niveau de l'orifice du canal de Sténon dont l'aspect n'est pas modifié; dans certains cas toutefois, la pression prolongée provoque l'issue d'un bouchon épais et visqueux suivi d'un jet de salive.

• L'ÉOSINOPHILIE EST HABITUELLE dans le sang et surtout dans la salive où elle peut atteindre 100 %, sauf en cas de surinfection où elle disparaît. On peut également observer dans la salive des éléments gélatineux de quelques millimètres, riches en éosinophiles et rappelant les spirales de Curschmann.

• LA BIOPSIE SALIVAIRE, quand elle est pratiquée, révèle une infiltration éosinophilique.

• LES SIALOGRAPHIES montrent souvent un élargissement des canaux salivaires, surtout dans les formes anciennes.

• L'INTERROGATOIRE retrouve l'existence d'antécédents allergiques personnels ou familiaux. Il n'est pas rare d'observer la simultanéité ou l'alternance de la parotidose avec une autre manifestation allergique comme l'asthme, le rhume des foins ou même une maladie sérique (MOURIQUAND).

• L'ENQUÊTE ALLERGOLOGIQUE découvre parfois les allergènes déclenchants permettant ainsi de pratiquer une désensibilisation ou une élimination.

Les deux observations de FINDEISEN d'allergie à des prothèses dentaires associant, l'une asthme et parotidose, l'autre eczéma et parotidose sont particulièrement évocatrices puisque ces manifestations disparaissent définitivement dans les deux cas, avec mise en place d'une prothèse dentaire fabriquée avec un matériel non sensibilisant.

• L'ÉVOLUTION DE LA PAROTIDOSE se fait vers la RÉSOLUTION SPONTANÉE, plus ou moins rapide, après quelques minutes, quelques heures ou quelques semaines.

• Elle peut ÊTRE HATÉE PAR UN ANTI-ALLERGIQUE : éphédrine, antihistaminique ou cortisone dont l'action constitue un véritable test diagnostique.

• MAIS L'ÉVOLUTION DE LA PAROTIDOSE EST SURTOUT CARACTÉRISTIQUE PAR SA TENDANCE A LA RÉCIDIVE :

— les poussées sont très variables dans leur nombre, leur durée et leur espacement;
— ce sont elles qui font envisager la possibilité d'une origine allergique car, à la première manifestation, le diagnostic d'oreillons est régulièrement porté chez l'enfant;
— un léger épaississement de la glande peut s'observer après plusieurs atteintes.

• LA PAROTIDOSE PEUT ENFIN SE SURINFECTER, réalisant secondairement et parfois même d'emblée le tableau de la « parotidite inflammatoire ou infectieuse » à rechutes dont nous avons déjà parlé et dans lequel, néanmoins :

— *la brutalité d'installation* avec parfois le caractère déclenchant d'un aliment particulier;
— *l'éosinophilie sanguine;*
— *les antécédents allergiques personnels ou familiaux;*
— *l'évolution par poussées* avec parfois préexistence d'une ou de plusieurs poussées d'hypertrophie parotidienne non inflammatoire.

• Enfin, L'ACTION THÉRAPEUTIQUE FAVORABLE DES ANTIHISTAMINIQUES OU DE LA CORTISONE — ceux-ci étant toujours associés à un antibiotique à large spectre — doivent faire envisager une étiologie allergique :

— pratiquer une enquête allergologique;

— et éventuellement une désensibilisation ou une élimination.

CONCLUSION

Il existe des tuméfactions parotidiennes d'origine allergique.

Deux observations du Docteur ELIACHAR ont été présentées, intéressant :

a) l'une un enfant de neuf ans, l'autre un enfant de six ans;

b) très semblables par :

— le caractère non inflammatoire de la fluxion parotidienne, son évolution par poussées et l'éosinophilie qui l'accompagne;

— et surtout par l'effet résolutif spectaculaire des médicaments anti-allergiques (antihistaminiques et cortisone).

Les cas de parotidose déjà publiés dans la littérature ont été ensuite passés en revue.

L'origine allergique de certaines « parotidites infectieuses ou inflammatoires à rechutes » a été discutée.

Les principaux caractères de la parotidose allergique ont alors été définis, au triple point de vue :

— clinique;

— évolutif;

— et thérapeutique.

Vu, le Doyen :
BINET

Vu, le Président de Thèse :
LELONG

Vu et Permis d'imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris :
ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

André (M.J.). — Un syndrome neuro-végétatif rarement décrit : la parotidite d'origine réflexe. (*Ann. Oto-Laryng.*, 1950, 67, 688.)

Bataille (R.). — Les parotidites récidivantes. (*Clinique*, 1958, 53, 428.)

Bicler (J.A.). — Recurrent parotitis. (*Med. Clinics North Am.*, 1946, 30, 97.)

Brunschwig (J.). — Parotidites inflammatoires récidivantes. (*Thèse*, Paris, 1952, n° 551.)

Debré (R.) et Loewe-Lyon (S.). — Parotidites infectieuses récidivantes de l'enfant. (*Arch. Fr. Péd.*, 1951, 8, 581.)

Claisse. — Hydroparotidite intermittente. (*Bull. Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 1898, 15, 140.)

Dechaume (M.). — Distension des glandes salivaires et de leurs canaux. Sous-maxillites et parotidites d'origine réflexe. (*Rev. Stomat.*, 1943, 44, 141.)

Eliachar. — La parotidose allergique. (*Ann. Péd.*, sous presse.)

Ehrlich (M.). — Contribution à la pathologie des parotides. (*Presse Médicale*, 1922, 30, 138.)

Erwing (P.C.). — Recurring parotitis in a healthy child persisting for ten years. (*Ann. of Oto-Rhino-Laryng.*, 1900, 9, 231.)

Falk (W.). — Recurrent parotitis. (*Harefuah*, 1946, 31, 97.)

Findeisen (D.G.). — Allergy to dentures. A report of two cases presenting asthma and parotitis. (*Int. Arch. Allergy*, 1956, 9, 281.)

FLOHMAN (A.L.). — Recurrent bacterial parotitis. (*J. of Ped.*, 1955, 46, 682.)

GALETTI (G.). — Le tumefazioni recidivanti e ricorrenti della parotide. (*O.R.L. It.*, 1957, 25, 62.)

GIOAN (E.). — Contribution à l'étude des parotidites et des sous-maxillites d'origine réflexe. (*Thèse*, Paris, 1944.)

HALBERTSMA (K.). — Ueber rezidivierende infektiose parotitis. (*Ann. Paed.*, 1944, 75.)

HANSEL (F.K.). — Allergy of the pancreas and the salivary glands. (*Ann. Allergy*, 1949, 7, 266.)

HENNION (P.) et BATAILLE (R.). — *Rev. Stomat.*, 1951, 52, 436.

HOCHSCHILD (H.). — Uber hereditare familiare chronische sympetrische paritosa schwellung im kindesalter. (*Jahrb. Kindern.*, 1920, 42, 360.)

JONES (J.). — Recurrent parotitis in children.

KSEPLER (P.). — Das Krankheitsbild der rekurrierenden pyogen parotitis. (*Wien. Klin. Woch.*, 1958, 70, 120.)

KUSSMAUL (I.). — Anfallsweise suftretende speichel- geschwulst infolge von chrönischer eitrig fibrinosen Entzundung des Stenonschen Ganges. (*Berl. Klin. Woch.*, 1879, 60, 209.)

LANGE (V.). — Ein Fall von periodischer Speichel-drüsenschwellung. (*Deut. Med. Woch.*, 1912, 38, 272.)

LASS. — Discussion de la communication de Pearson. (*I^er Congrès Intern. d'Allergie*, 1951, 873.)

LAVERGNE (V. DE) et HENRY (G.). — Le problème diagnostique des parotidites bilatérales chroniques. (*Sem. Hôp.*, 1946, 22, 257.)

LONDE (S.) et PELZ (M.D.). — Chronic sialodocho-parotitis with recurrent acute exacerbations. (*J. of Ped.*, 1933, 2, 594.)

LUCHERINI (T.) et BECCHI (E.). — La parotite allergica studio die rapporti tra ghiandole salivari e stati di ipersensibilita sperimentale e spontanea. (*Rendiconti Ist. Sup. San.*, 1949, 12, 848.)

MARTIN D'OFFIGNY (J.). — Observations et réflexions sur quelques maladies de la glande parotide. (*Thèse,* Paris, 1815.)

MEYER (H.S.). — Chronic sialodochitis. (*J. of Ped.,* 1934, 4, 248.)

MOURIQUAND (G.), DAUVERGNE et PONT. — Parotidite sérique. (*Lyon Méd.,* 1943, 170, 670.)

PAYNE (R.). — Pneumococcal parotitis. (*Brit. Med. Journ.,* 1940, I, 287.)

PEARSON (R.) et BRUCE (R.S.). — Recurrent swelling of parotid glands. (*Arch. Dis. Child.,* 1935, 10, 363.)

PEARSON (R.). — Two cases of recurrent swelling of the parotids. (*Guy's Hosp. Rep.,* 1936, 86, 333.)

— Parotid swelling due to allergic obstruction of the main duct. (*I^er^ Congrès Intern. Allergie,* 1951, 868.)

REMOUCHAMPS (E.). — Sur la parotidite chronique muco-purulente. (*Sem. Méd.,* 1906, 26, 49.)

REUSS (A. von). — Uber chronische Erkraukungen der Parotis im Kindesalter. (*Jahrb. Kindern.,* 1909, 70, 161.)

ROSE (S.S.). — A clinical and radiological survey of 192 cases of recurrent salivary glands. (*Ann. of Roy. Coll. of Surg.,* 1954, 15, 374.)

ROUSSEAU-DECELLE. — Troubles glandulaires réflexes d'origine alvéolodentaire. (*Revue Maxillo-Fac.,* 1919, 413.)

SOVOSNICK (P.). — Residiverende parotitt. (*Nord. Med.,* 1957, 58, 962.)

SEIN (H.). — Recurrent swelling with report of case of one half year old burmese child believed to be allergic. (*Indian. M. Gaz.,* 1937, 72, 526.)

SERAFINI (U.). — Prime osservazioni su alcuni casi di tumefazione acuta ricorrente della parotide di probabile origine allergica. (*Minerva Med.,* 1951, 42, 271.)

STEINITZ (F. von). — Uber rezidivierende Parotisschwellungen in kindern monatschrift. (*Monat. f. Kindern.,* 1929, 42, 432.)

SUBIZA (E.). — Parotidis allergica provocada por al derivado yodado de la penicillina. (*Clin. Laborat.,* 1946, 61, 188.)

SWINNY (B.). — Allergic parotitis. (*Ann. Allergy,* 1953, II, 473.)

TAVERNIER. — Parotidite chronique chez un enfant. (*Lyon Chir.,* 1er juin 1944.)

TERRACOL (J.). — La parotidite récurrente ou récidivante. Le syndrome du canal de Sténon. (*Concours Médical,* 1951, 73, 3492.)

VOGELER (K.). — Uber die chronische Entzündung der Parotis. (*Arch. f. Klin. Chir.,* 1922, 122.)

VOLOBUEVA (G.V.). — Chronic diseases of parotid glands in children. (*Pediatriya,* 1951.)

WALDBOTT (G.L.) et SHEA (J.J.). — Allergic parotitis. (*J. of Allergy,* 1947, 18, 51.)

WIEDEMANN (H.R.). — Rezidivierende parotisanschwistren bei drei geschwistern. (*Kinderaerztl. Praxis,* 1953, 23, 242.)

WIGERS (F.). — Recidiverende parotitt, hos barn. (*Nord. Med.,* 1954, 51, 276.)

WILKEN-JENSEN (K.). — Recurrent (allergic ?) swelling of the parotid gland. (*Acta Pediatrica,* 1956, 45, 479.)

WOLFF (S.). — Uber rezidivierende Schwellungen der parotis. (*Jahr. f. Kindern.,* 1926, 112, 384.)

IMPRIMERIE R. FOULON & CIE, 29, RUE DEPARCIEUX, PARIS XIVe